

様式第2号（第5条関係）

和泉市子ども医療用ウィッグ購入等費用補助金のための診断書

対象者 (医療用ウィッグを装着する者)	氏 名		
	住 所	〒	
	生年月日	年	月 日
上記の者について、脱毛症状を伴う疾病があることを証明します。 申請に係る診断書の要否を判断するため、該当するものにチェックをつけてください。 ・当該疾病の改善（医療用ウィッグが不要となる程度）までに要する期間の見込について ☐ 1年未満 ☐ 1年以上2年未満 ☐ 2年以上3年未満 ☐ 3年以上 上記の者の疾病にかかる治療歴があれば、以下に記入をお願いします。			
疾病名			
治療歴 ※該当があれば記入	治療方針	手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線療法 その他（ ）	
	入 院	年 月 日から	年 月 日まで
	通 院	年 月 日から	年 月 日まで ・ 通院中
その他参考となる意見			

上記について、相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

医 師 氏 名

（医師が自署又は記名押印）